

Indicadores de uso racional de medicamentos e acesso a medicamentos: um estudo de caso*

Indicators of rational drug use and access to medicines: a case study

Gabriela Costa Chaves¹; Isabel Emmerick¹; Nathalie de Pouvourville¹; Timothée de Saint-Denis¹; Antonio Sérgio Almeida Fonseca² & Vera Lucia Luiza¹

RESUMO – O acesso e o uso de medicamentos têm merecido a atenção dos gestores de saúde dado ao impacto potencial que estes aspectos podem ter na resolatividade das ações de saúde. Neste contexto, há um esforço para buscar formas de atuação da assistência farmacêutica adequadas a esta proposta. Tendo como objetivo realizar um diagnóstico quanto às práticas associadas ao uso de medicamentos e à organização da assistência farmacêutica de uma unidade de saúde escola, o estudo aplicou a metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na publicação "How to investigate drug use in health facilities", fazendo algumas modificações e adaptações. Foram obtidos indicadores de prescrição, de atenção ao paciente, de organização dos serviços, aspectos demográficos e epidemiológicos da população adstrita e caracterização da clientela. A unidade de saúde estudada apresenta alguns aspectos positivos, dentre os quais destacam-se a média de medicamentos por receita, o tempo médio de consulta e o grau de adequação da relação de medicamentos essenciais (RME) com as listas nacional e internacional de medicamentos essenciais. Como aspectos que reclamam intervenções de melhorias é importante destacar as práticas envolvendo a dispensação de medicamentos e a cobertura de pacientes para o tratamento de diabetes. Os resultados evidenciam que a metodologia proposta pela OMS uma ferramenta de fácil aplicação e capaz de mensurar aspectos importantes no apontamento dos problemas para a indicação de intervenções. A metodologia mostrou-se adequada para cumprir os objetivos estabelecidos para o estudo.

PALAVRAS-CHAVE – Uso racional de medicamentos; acesso a medicamentos.

SUMMARY – The access to medicines as well as the rational drug use has been in the health managers' agenda due to its potential positive impact in health problems. In this context, there is a great effort to find ways that pharmaceutical service can achieve this proposal. The methodology presented in the World Health Organization (WHO) book called "How to Investigate Drug Use in Health Facilities" was applied, with some changes and adaptation, in order to assess the drug use practices and the pharmaceutical services in a health facility. It was calculated the following indicators: for prescribing, for health care, for the organizational service, demographical and epidemiological characteristics of local population, and characterization of the health facility's clients. It was found that the health facility has some positive indicators, such as the average of medicines by prescription, the average time of medical visit, conformity of the health facility essential medicines list with national and international essential medicines lists. It is needed intervention in medicines dispensation as well as in the low number of patients being treated to diabetes. The results showed that the methodology proposed by WHO is easy to be applied as well as capable of measuring important aspects that can help in defining better intervention. It was possible to achieve the study goals.

KEYWORDS – Access to medicines; rational drug use.

INTRODUÇÃO

A questão do acesso a medicamentos tem sido motivo de diversas iniciativas no intuito de promover sua expansão tanto no Brasil como no mundo, uma vez que este componente, bem como o acesso aos serviços, à prevenção e ao cuidado, compõe um dos direitos humanos fundamentais – o direito à saúde (Luiza, 2002, no prelo).

No Brasil, a atual Constituição Federal (Brasil, 1988) estabeleceu que o acesso à saúde é direito de todo cidadão e papel do Estado e, por meio da Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990), garante a assistência terapêutica integral, operacionalizada pelo financiamento e

distribuição universal e gratuita dos medicamentos no setor público.

Importantes autores de referência no tema têm afirmado (Pechansky & Thomas, 1981; Aday & Andersen, 1975) que a mera discussão da disponibilidade de serviços e recursos são insuficientes para representar se a população tem ou não acesso aos mesmos. Segundo Pechansky & Thomas (1981), o acesso é "a busca por serviços de saúde por parte da população e o quanto esta oferta está ajustada para que as necessidades sejam atendidas". O estudo do acesso deve, então, incluir atributos das necessidades da população e atributos de oferta a partir do provedor o que, segundo estes autores, podem ser representadas em dimensões mensuráveis.

Recebido em 7/6/2005

¹ Núcleo de Assistência Farm., Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Avenida Brasil 4036, Rio de Janeiro, RJ 21040-361, Brasil

² Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil

Estas dimensões foram adaptadas por MSH/WHO (2000) e por Luiza (2003) para o estudo do acesso a medicamentos:

(1) Disponibilidade: é a relação entre quantidade ofertada de serviço em relação à necessidade real ou percebida dos usuários;

(2) Capacidade aquisitiva: é a relação da capacidade do usuário de pagar pelos serviços ou produtos e o preço dos mesmos;

(3) Adequação: é a relação entre as características do cuidado e dos provedores quanto às características aceitáveis e as expectativas e necessidades dos usuários;

(4) Acessibilidade geográfica ou oportunidade: é a relação entre a localização da população usuária dos serviços de saúde e o percurso que está faz para atingir tais serviços; e,

(5) Qualidade de produtos e serviços: é um componente essencial do acesso e perpassa todas as dimensões anteriores.

O uso racional de medicamentos está intrinsecamente relacionado ao acesso aos medicamentos, uma vez que não se pode considerar somente a disponibilidade do medicamento nas unidades de saúde sem associá-la ao uso adequado, em condições e quantidades corretas, para que o principal objetivo – efetividade terapêutica – seja realmente alcançado (Osorio-de-Castro *et al.*, 2000).

O uso inapropriado de medicamentos e suas causas envolvem uma rede complexa de fatores, dentro e fora da área de saúde. Atinge, porém, de forma principal, o que talvez seja o elo mais frágil desta cadeia – o paciente. Esse uso inapropriado dos medicamentos pode ser decorrente de vários fatores, dentre eles a sobredose, a falta de informação apropriada, a automedicação indevida, a seleção inadequada de medicamentos e o não cumprimento das prescrições. Uma das consequências é o aumento da demanda por serviços de saúde, incluindo as hospitalizações. Já foi demonstrado que até 51% das hospitalizações são causadas por falhas no uso de medicamentos (Bermudez, 1992; 1995; Tavares, 2001; Luiza, 2003). Mal utilizado, o medicamento, ao invés de cumprir seu papel como fator principal de alcance do objetivo terapêutico, passa a ser responsável por complicações e pelo surgimento de novas patologias (Arrais, 1997; Marin *et al.*, 2003).

A OMS definiu que “o uso racional de medicamentos implica em que o paciente receba o medicamento apropriado às suas necessidades clínicas, por um período adequado de tempo e com o menor custo possível para si e a comunidade” (MSH, 1997). A promoção do uso racional de medicamentos encontra-se dentre as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos do Brasil (Brasil, 1998a) e é uma ação que envolve o comprometimento de diversos atores dentro e fora do setor saúde.

A assistência farmacêutica torna-se, então, componente indispensável para que todas as etapas ocorram de modo a promover o uso racional e evitar que o medicamento seja uma fonte de custos e agravos desnecessários. Para que o paciente receba medicamentos de boa qualidade, com informação suficiente para o seu uso correto e seguro, tanto as etapas de consulta clínica e dispensação, quanto as de seleção, aquisição, armazenamento e distribuição, devem ser valorizadas no processo.

Assim, cabe ao gestor, identificar quais os elementos críticos dos processos de trabalho e implementar medidas de correção de rumo. Conforme afirma Cosendey (2000:43), “a avaliação é, então, feita para esclarecer opções e reduzir incertezas, além de informar e prover retroalimentação para os tomadores de decisão acerca do programa em questão”.

No intuito de se promover o uso racional de medicamentos, torna-se necessário, portanto, fazer o levantamento dos perfis, tanto quantitativo como qualitativo – farmacoepidemiologia - de padrões de prescrição, do fornecimento e consumo, do grau de implementação de normas para a adequação de uso de fármacos e da qualidade da assistência farmacêutica prestada (Osorio-de-Castro, 2000). Com tais perfis estabelecidos, juntamente à caracterização de aspectos da clientela e da unidade básica de saúde em questão, o estudo de utilização de medicamentos subsidia o planejamento de intervenções que levam à garantia de uma terapêutica mais segura e eficaz e à redução de custos para as unidades de saúde.

Este trabalho teve como objetivos adaptar e aplicar metodologias propostas e validadas por organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde e o *Management Science for Health* (MSH) para identificação de problemas quanto ao acesso aos medicamentos, uso racional e organização dos serviços de assistência farmacêutica para a avaliação e monitoramento destas atividades no âmbito da atenção básica à saúde.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada no estudo teve como base a proposta apresentada na publicação “*How to Investigate Drug Use in Health Facilities*”, da WHO/MSH (1993), e cuja aplicação já foi realizada no Brasil, particularmente como subsídio à reorientação da Assistência Farmacêutica nos estados do Ceará (Carlos, 1996) e Bahia (Pacheco *et al.*, 1998).

Selecionou-se como unidade de análise o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), que é a unidade básica de saúde (UBS) situada na Fundação Oswaldo Cruz e que tem, dentre seus objetivos, o de propor e testar modelos de organização em atenção primária, tanto para subsidiar o treinamento de recursos humanos, quanto para a formulação de propostas de reordenamento de serviços para o SUS.

Para realizar um diagnóstico das práticas associadas aos mecanismos de acesso e uso de medicamentos nesta unidade básica de saúde, assim como da organização da assistência farmacêutica, tendo como pano de fundo a organização geral da prestação de cuidados e características da clientela e da população alvo, foram abordados 5 aspectos com as respectivas finalidades específicas dentro do estudo:

1) **Indicadores de prescrição** – avaliar a qualidade das prescrições realizadas pelos profissionais de saúde e a identificação dos medicamentos mais prescritos.

2) **Indicadores da atenção ao paciente** – identificar o desempenho de elementos associados ao comportamento de atenção ao paciente tanto no momento da consulta médica como na dispensação, bem como o conhecimento do paciente sobre os aspectos básicos do uso de medicamentos prescritos.

3) **Organização dos serviços prestados pela unidade básica de saúde** – descrever a organização da

QUADRO 1
Orientação dos indicadores segundo a dimensão do acesso

DIMENSÕES DO ACESSO	INDICADORES
Disponibilidade	Porcentagem de medicamentos prescritos que foram dispensados
	Média mensal de dias de estoque zerado para um conjunto de medicamentos traçadores
Adequação	Média do número de medicamentos por consulta
	Porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico
	Porcentagem de receitas com um antibiótico prescrito
	Porcentagem de medicamentos prescritos presentes na RME*
	Porcentagem de fármacos da RME presentes na RENAME**
	Porcentagem de apresentações da RME presentes na RENAME
	Porcentagem de associações da RME presentes na RENAME
	Tempo médio de dispensação
	Tempo médio de consulta
	Percentual de diabéticos inscritos no programa de cuidado unidade de saúde, ativos no programa de medicamentos
	Percentual de hipertensos inscritos no programa ativos no programa de medicamentos
	Porcentagem dos pacientes que sabiam a posologia
	Disponibilidade de cópias da RME nas salas de atendimento

* Relação de Medicamentos Essenciais na UBS
** Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

QUADRO 2
Abordagens metodológicas e fontes de informação segundo o aspecto abordado

Aspectos abordados	Abordagem metodológica	Fonte de informação
1. Indicadores de prescrição	Estudo retrospectivo	Receitas médicas
2. Indicadores da atenção ao paciente	Entrevista Observação estruturada	Paciente Consulta médica Atendimento na farmácia
3. Organização dos serviços prestados pela unidade básica de saúde	Observação estruturada Entrevista Consulta de documentos	Lista de verificação Vice-diretor da Unidade
4. Aspectos demográficos e epidemiológicos da população adstrita	Estimativas de cobertura de tratamento	Dados secundários
5. Caracterização de clientela	Estudo retrospectivo	Dados secundários

unidade de saúde, principalmente no que tange à oferta de serviços relacionados à prescrição e dispensação de medicamentos.

4) **Aspectos demográficos e epidemiológicos da população adstrita** – caracterizar a população alvo e avaliar o grau de cobertura da unidade de saúde para alguns tratamentos de atenção primária.

5) **Caracterização de clientela** – identificar aspectos sócioeconômicos da população atendida na unidade de saúde e da população adstrita à UBS.

Alguns dos indicadores selecionados para o estudo permitiram também avaliar algumas das dimensões do acesso – adequação e disponibilidade, assim como aspectos determinantes, conforme apresentado no **Quadro 1**.

Foram identificados padrões para alguns dos indicadores, na publicação do MSH/OPAS (1995) e no trabalho de Cosendey (2000).

Dado que os medicamentos são distribuídos gratuitamente aos usuários, não se aplica a discussão quanto à capacidade aquisitiva. Como a unidade de saúde em

questão trabalha com uma população adstrita definida com base na área geográfica de abrangência, também se considerou impropriedade, neste caso, a discussão da acessibilidade geográfica aos medicamentos.

Os dados para o cálculo dos indicadores foram coletados com base em diferentes abordagens metodológicas, conforme apresentado no **Quadro 2**.

As receitas médicas utilizadas para o cálculo e obtenção dos indicadores de prescrição foram coletadas no serviço de farmácia da UBS, para os meses de maio, junho e julho de 2002. Como elas eram categorizadas, coletou-se uma quantidade proporcional aos diferentes tipos: 105 (88%) comuns, 9 (8%) controlados, 3 (2,5%) de tuberculose e 3 (2,5%) de aids, totalizando 120 unidades de observação.

Na entrevista ao paciente foram coletados dados para cálculo dos indicadores de atenção ao paciente e de características sócioeconômicas da amostra estudada. A partir da entrada do paciente no consultório médico, um observador externo a este ambiente anotava o tempo de consulta. À sua saída o paciente era indagado quanto ao recebimento de receita médica. Caso positivo, ele era convidado a participar da pesquisa, sendo o consentimento informado obtido verbalmente e, em concordando, acompanhado até a fila da farmácia. No caso de pacientes menores de 13 anos, era abordado o acompanhante.

Foram cronometrados o tempo de espera na fila e o tempo de atendimento no balcão da farmácia. Em seguida, o paciente era novamente abordado para a entrevista sendo indagado sobre o conhecimento da posologia de cada medicamento e sobre aspectos pessoais, como idade, renda familiar e escolaridade. O conhecimento da posologia foi considerado em função da confrontação do que era dito pelo paciente com o redigido na prescrição médica. Se o paciente respondesse algum medicamento incorretamente ou não soubesse a posologia de qualquer item, era considerado como desconhecendo a posologia. Foram também verificados os itens atendidos.

Os dados para caracterização da organização do serviço foram obtidos através da aplicação de questionário ao vice-diretor da unidade de saúde. Os dados para diagnóstico da assistência farmacêutica foram obtidos por meio de consulta de registros de notas de compras e de fichas de controle de estoque zerados existentes no Serviço de Farmácia. As informações sobre os atendimentos realizados foram obtidas no Serviço de Informações Clínicas da unidade de saúde.

No intuito de estimar o preço dos medicamentos que foram obtidos por fontes extra-orçamentárias ou cujo valor não tenha sido informado nos guias de fornecimento (kit do Programa de Saúde da Família e das doações), pesquisou-se o valor dos mesmos no banco de preços do Ministério da Saúde. Quando não os valores não estavam presentes neste banco de preços, buscou-se a informação na página eletrônica da Fundação para o Remédio Popular, nos dados de compras Hospital de Pesquisa Evandro Chagas/Fiocruz ou no Guiamed.

Os dados sobre a população adstrita ao CSEGSF foram obtidos através dos Censos Demográficos do IBGE (1991 e 2000) e estimativas fornecidas pela coordenação da Área de Planejamento 3.1.

O número estimado de indivíduos diabéticos com indicação de tratamento farmacológico foi calculado com

base na prevalência estimada da *Diabetes mellitus* para o RJ (capital) em 1998, que é de 7,47% para a população adulta (30 anos e mais). O MS tem trabalhado com 4,1% (Datusus, 2001).

O número estimado de indivíduos hipertensos com indicação de tratamento farmacológico foi calculado com base na prevalência estimada da Hipertensão em adultos (acima de 20 anos), que é de 11 a 20% (Brasil, 2001). Para efeitos de cálculo dos medicamentos, propôs-se aquele utilizado pelo Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde (2000): 15% da população com 30 anos e mais, onde, destes, 70% com hipertensão arterial leve, 20% com HTA moderada e 10% com hipertensão arterial grave.

O número de pacientes hipertensos e diabéticos inscritos no Programa de Hipertensão e Diabetes foi obtido com base na informação obtida em documentos internos da UBS. Os pacientes hipertensos foram separados dos pacientes diabéticos, sendo que os pacientes hipertensos e diabéticos foram contados em ambos os grupos.

RESULTADOS

Com relação aos indicadores de prescrição (indicadores A1 a A6), foram avaliadas 117 prescrições, sendo 2 de tuberculose (TB), 2 de aids, 9 de produtos das listas A, B e C da Portaria 344/98 (Brasil, 1998b) e 104 das demais prescrições. A coleta das prescrições envolveu 3 perdas, decorrentes das dificuldades de manuseio do arquivamento das receitas em alguns momentos do estudo.

Para o cálculo dos indicadores de atenção ao pacientes (indicadores B1 a B6), foram abordadas 39 pessoas, das quais 72% possuíam uma receita médica. Nesta UBS, as consultas eram divididas em três locais – Módulo da Mulher, Módulo do Adulto e Módulo da Criança – mas, não houve um número de entrevistas definido por módulo. Os tempos de consulta e, por sua vez, a abordagem para entrevista foram feitas por ordem de acontecimento. Dez mulheres grávidas foram abordadas no módulo da Mulher das quais 6 saíram da consulta sem receita. Oito abordagens foram consideradas como perda, seja porque o paciente não quis participar da entrevista, seja porque decidiu pegar o medicamento em outro lugar ou mesmo por erros operacionais. Assim, foram obtidas para o estudo uma amostra com 20 entrevistas.

O tempo médio de consulta médica (indicador B1) foi de aproximadamente 14 minutos, variando de aproximadamente entre 5 a 26 minutos, enquanto que o tempo médio de dispensação (indicador B3) foi de aproximadamente 3 minutos. Quanto ao conhecimento da posologia (indicador B5), dos 20 pacientes entrevistados 70% responderam de acordo com o orientado na prescrição. As razões mais freqüentes declaradas para o desconhecimento da posologia eram a dificuldade de leitura do paciente e ilegitimidade das receitas.

Dentre as ações básicas de saúde realizadas pela unidade de saúde, encontram-se os tratamentos auto-administrados e terapia diretamente observada (DOT) para tuberculose, tratamentos para hipertensão e *diabetes mellitus*, tratamento de pacientes vivendo com HIV/AIDS, tratamento odontológico, atendimentos de ginecologia e obstetrícia, atendimentos pediátricos e

clínicos em adultos, além de consultas com homeopatas e fitoterapeutas.

A estatística interna da UBS mostrou que no primeiro semestre de 2002 foram feitas 13.253 consultas médicas, dentre as quais estão incluídas dermatologia, geriatria, ginecologia (realizam somente o preventivo), obstetrícia, homeopatia, medicina interna/clínica geral, médico (qualquer especialidade), médico do Programa de Saúde da Família, pediatria e psiquiatria. Os profissionais que prescrevem medicamentos na unidade de saúde em estudo são os médicos e enfermeiros, sendo que este segundo prescreve de acordo com protocolos definidos pelo Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde. Nos últimos cinco anos, somente alguns profissionais médicos referiram ter feito pelo menos um curso associados a medicamentos de pelo menos 40 horas, relacionados à terapia com antiretrovirais (ARV).

O Serviço de Farmácia atendeu a média mensal de 3502,3 receitas médicas no período de maio a julho de 2002. O gasto total com medicamentos no período de fevereiro a junho de 2002 foi de R\$ 127.944, sendo que, 2% deste valor, equivale aos medicamentos provenientes de doações.

Os indicadores de Boas Práticas de Estocagem (BPE), tanto no almoxarifado de medicamentos como no serviço de farmácia, apresentaram valores de 56,3% e 78 %, respectivamente. O único problema identificado quanto a este aspecto foi a ausência de termômetro na geladeira.

Com relação à seleção dos medicamentos para a Relação de Medicamentos Essenciais (RME) da UBS, verificou-se que 62% dos fármacos presentes constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) de 2000. No entanto, observou-se que dos 41 medicamentos que não constam, 36% são medicamentos ARV, dos quais 80% estão incluídos na 12ª Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS em 2002. Das 151 apresentações presentes na RME, 57% estão presentes na RENAME e das 11 associações, 45% estão presentes na RENAME.

Não foi possível observar a existência de uma cópia da RME nas salas de atendimento, pois na data da coleta elas estavam trancadas. Dos três módulos (da mulher, do adulto e da criança), o exemplar da RME somente foi encontrado no da mulher.

Estima-se que a população adstrita ao Centro de Saúde seja de 32.759 habitantes sendo 33,8% mulheres em idade fértil (entre 10 e 49 anos), 42% pessoas em idade adulta (acima de 30) com suscetibilidade a hipertensão e diabetes e 6,5% representados por idosos (acima de 60 anos).

Em relação à cobertura de tratamento para hipertensão e diabetes, foi constatado que 80% da população hipertensa estimada para tratamento medicamentoso fazia o tratamento na Unidade em estudo. No grupo dos diabéticos este número foi menor, apresentando somente 38% de cobertura. Novamente, pode-se verificar que os dados relativos da assistência farmacêutica podem ser úteis para compor o conjunto a ser utilizado na programação de serviços de saúde e identificação de problemas específicos.

As entrevistas que mediram os indicadores de atenção ao paciente também permitiram fazer uma caracterização da clientela que freqüenta a unidade de saúde. Os dados que cabem ressaltar são os de escolaridade e renda, pois podem ser úteis no planejamento

de estratégias de educação sobre o uso adequado dos medicamentos. Dos pacientes entrevistados, 65% possuía renda familiar entre R\$ 200,00 e R\$600,00 e 50% possuía até o primário completo ou não havia estudado.

Todos os indicadores obtidos estão apresentados no **Quadro 3** (pág. 103). Também estão apresentados valores considerados satisfatórios para alguns dos indicadores e que, por sua vez são denominados de padrão.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos indicam aspectos de desempenho adequado quanto às práticas de prescrição racional, como mostram a média de medicamentos por receita (2,2) e a percentagem de receitas com pelo menos um antibiótico (20,5%). No entanto, outros aspectos merecem atenção. Foi encontrado o valor de 74% para medicamentos prescritos pelo nome genérico. A Lei 9.787/99 (Brasil, 1999) estabelece que todos os medicamentos prescritos por unidades do Sistema Único de Saúde devem usar a denominação comum brasileira (DCB). Ademais do objetivo de redução do preço dos medicamentos, esta política visa também a prescrição e a dispensação racional (MSH/RPMA, 1995).

No nível da atenção primária, poder-se-ia esperar que a maioria dos medicamentos prescritos são monofármacos de uso já tradicional, com denominação genérica bem conhecida pelos prescritores. No entanto, outros estudos realizados no Brasil mostram dados ainda piores, como aquele realizado no estado da Bahia (Pacheco *et al.*, 1998), em uma amostra de 30 unidades de saúde, onde a percentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico foi de 45%.

Uma primeira possibilidade aventada para o achado foi a de que o prescritor assim procedesse para facilitar a aquisição no comércio varejista daqueles medicamentos que não fossem padronizados na UBS. No entanto, no detalhamento da análise, verificou-se que, dos 32 medicamentos que não foram prescritos pelo nome genérico, 78% deles estavam presentes na RME da unidade de saúde em questão.

Chama também atenção o fato de que 26% das receitas não apresentavam identificação do prescritor (carimbo) e 12% tinha pelo menos 1 medicamento sem a indicação da posologia (indicador -A.6). A prescrição médica constitui o documento que firma o acordo estabelecido entre o médico e o paciente ou seu cuidador (Luiza & Gonçalves, 2004; Castilho *et al.*, 1999). Assim, a assinatura e o carimbo, além de serem exigências legais, constituem-se na possibilidade concreta de responsabilizar o prescritor e identificá-lo inequivocamente em caso de dúvidas ou problemas. Por outro lado, a ausência de informação quanto à posologia nas receitas não só dificulta possíveis orientações feitas pelos dispensadores, como também aumenta o risco potencial de utilização inadequada, uma vez que os medicamentos ali dispensados não são, muitas das vezes, acompanhados de bulas.

No intuito de averiguar a classe de medicamentos mais prescritos por meio da classificação pelo sistema *Anatomical-Therapeutic-Chemical* (ATC) (WHO, 1993), considerando o terceiro nível da classificação, foi observado que os analgésicos e antipiréticos (11,0%) apresentaram o maior valor. Dos 36 medicamentos prescritos não padronizados, 17% eram ácido ascórbico, cuja

evidência de eficácia para resfriado comum ainda permanece pouco esclarecida (Douglas, 1997; Hemila, 1992 e Gershoff, 1993). O perfil dos medicamentos mais prescritos pode ser usado como evento traçador para suscitar o desenvolvimento de estudos específicos com vistas a esclarecer a ocorrência das patologias a eles vinculadas. Como exemplo, cabe pensar se a alta frequência de prescrição de anti-hemorroidais ou descongestionantes nasais indica uma também alta frequência destas doenças ou uso não racional de medicamentos.

Com relação ao tempo médio de consulta (aproximadamente 14 minutos), o resultado também mostrou ser bem melhor que a média de outros estudos nacionais feitos por Pacheco *et al.* (1998) e Marcondes (2002). Não foi encontrado qualquer parâmetro nacional de qual o tempo mais adequado para esta atividade, sendo os valores encontrados por Pacheco *et al.* (1998) e Marcondes (2002), respectivamente, equivalentes a 5 minutos para 16% das consultas, 5 a 8 minutos para 58% das consultas e 8 a 10 minutos para 25% das consultas e 6,8 minutos. O tempo médio de espera para o atendimento na farmácia foi de aproximadamente 3 minutos, o que, pode, também, ser considerado bastante satisfatório.

O tempo médio de dispensação encontrado merece algumas considerações. Não foi encontrado qualquer parâmetro nacional de qual o tempo mais adequado para esta atividade, sendo os valores encontrados por Pacheco *et al.* (1998) e Marcondes (2002), respectivamente, para este indicador de 5 a 20 segundos para 9% das dispensações e de acima de 20 segundos para 91% e 1,46 minutos no estudo de Marcondes (2002). Há que se considerar também que a unidade estudada não contava, à época do estudo, com profissional farmacêutico para conduzir esta atividade. A pequena amostra obtida prejudica maiores ilações quanto à variância encontrada de 1 minuto e 14 segundos. A experiência empírica de profissionais envolvidos no projeto permite considerar que boa parte do tempo de atendimento é consumida em atividades burocráticas de anotações nas documentações de controle de tratamento programados.

A localização do espaço de atendimento da farmácia também oferecia dificuldades para uma possível atividade de orientação ao paciente, pois ficava em lugar de circulação de profissionais e pacientes e de ruído. O posicionamento da abertura do vidro que isolava o balcão obrigava que tanto o paciente quanto o profissional ficassem curvados durante o atendimento.

Os resultados referentes ao conhecimento da posologia possibilitam presumir que pelo menos 30% dos pacientes atendidos demandariam uma atenção mais cuidadosa por parte dos profissionais de farmácia, sem considerar aqui as informações específicas deste atendimento como os cuidados de preservação e estocagem dos produtos, identificação e rotulagem, cuidados da administração e outros. Dado que a farmácia atende a uma média de 1200 pacientes por mês, isto representa que um mínimo de 16 pacientes por dia requerem o atendimento de dispensação mais cuidadoso.

A percentagem de 65,3% encontrada para os medicamentos prescritos e realmente dispensados possibilita duas interpretações: a primeira refere-se a uma baixa disponibilidade efetiva de itens na farmácia e, a segunda, uma baixa adesão ao elenco de medicamentos padronizados.

REFERÊNCIAS

Com relação ao resultado da média de receitas atendidas, é possível também fazer pelo menos duas interpretações: (1) com as médias de 2208,8 consultas e 1147,2 receitas atendidas por mês, pode-se interpretar que em 1061,6 (48%) consultas médicas não geraram prescrição de medicamentos ou (2) que o serviço de farmácia não dispunha dos medicamentos prescritos. Quando a primeira interpretação é comparada com o indicador B.4 (percentagem de pacientes abordados que tinham uma prescrição), tem-se uma grande diferença entre os resultados – 52% e 72%, respectivamente, o que reforça a possibilidade de um baixo padrão prescritivo.

O resultado das BPE do almoxarifado foi considerado baixo, uma vez que os itens estabelecidos para inspeção eram considerados obrigatórios, de acordo com a Resolução N° 327/99 da ANVISA (Brasil, 1999).

Em relação à cobertura de tratamento para hipertensão e diabetes, pode-se verificar que os dados relativos da assistência farmacêutica podem ser úteis para compor o conjunto a ser utilizado na programação de serviços de saúde e identificação de problemas específicos.

Os indicadores de organização dos serviços evidenciou que a unidade de saúde não apresentava uma estrutura para Assistência Farmacêutica dentro do Organograma e que os recursos para compra de medicamentos encontravam-se inseridos na verba para material de consumo do Plano de Objetivos e Metas (POM). A ausência de uma distribuição pontual dos recursos para planejamento e compra de medicamentos pode justificar a média mensal de dias de estoque zerado para alguns medicamentos traçadores (4,4 dias).

O número de entrevistas foi muito baixo (20) e, por esta razão, não é possível garantir que as informações para caracterização da clientela de fato sejam representativas para toda clientela da unidade de saúde. Artigos ou dados comparativos não foram encontrados. Estes resultados reforçam a importância do setor público no provimento do acesso aos medicamentos e da necessidade de estruturação dos serviços nas ações de educação em saúde, entre estas, as estratégias de promoção do URM.

CONCLUSÕES

Este trabalho mostrou que a metodologia proposta pela OMS no livro "How to investigate Drug Use in Health Facilities" é uma ferramenta simples e de fácil aplicação e capaz de mensurar aspectos importantes no apontamento dos problemas para a indicação de intervenções. A metodologia mostrou-se adequada para cumprir os objetivos estabelecidos para o estudo.

Como aspectos positivos encontrados, chama atenção a média de medicamentos por receita, o tempo médio de consulta e o grau de adequação da RME com as listas nacional e internacional de medicamentos essenciais. Como aspectos que reclamam intervenções de melhorias é importante destacar as práticas envolvendo a dispensação de medicamentos e a cobertura de pacientes para o tratamento de diabetes.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a cooperação dos profissionais médicos da unidade de saúde estudada, bem como da equipe técnica do Serviço de Farmácia.

1. Aday, L.A.; Andersen R.; Development of Indices of Access to Medical Care; Health Administration Press, Ann Arbor, 1975.
2. Arrais, P.S.D.; Lutésia, H.L.; Batista, M.C.D.S.; Carvalho, M.L.E.; Arnau, J.M. Perfil da Automedicação no Brasil. Rev. Saúde Pública; 31 (1): 71, 77, 1997.
3. Bermudez J.A.Z. Remédio: Saúde ou Indústria? A produção de medicamentos no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1992.
4. Bermudez J.A.Z. Indústria farmacêutica, Estado e Sociedade. Crítica da Política Nacional de Medicamentos. São Paulo: Hucitec; 1995.
5. Brasil, 1988. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal.
6. Brasil, 1990. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* nº 182, de 20 de setembro de 1990. p. 18.005-9.
7. Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 1999. Resolução N° 327 de 22 de Julho de 1999. Institui o Roteiro sucinto de Inspeção de indústrias farmacêuticas para fins de Autorização de Funcionamento de empresa.
8. Brasil, Ministério da Saúde, 1998a. Portaria nº 3916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DF: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, de 10 novembro de 1998.
9. Brasil. Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Brasília, DF: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, de 11 de fevereiro de 1999.
10. Brasil, Ministério da Saúde, 2001. <http://www.saude.gov.br/programas/cardio/cardiio.htm#cardio3>, acessada em 18/09/2001.
11. Brasil. Lei Federal no 5.991, 17 dez. 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 1973.
12. Brasil. MS/SVS. Portaria no 344, 12 maio 1998b. Aprova o Regulamento Técnico sobre Substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 1998.
13. Carlos, I.C.C.; Diagnósticos da Assistência Farmacêutica no SUS- Ceará. Ceará: 45 p (mimeogr.), 1996.
14. Castilho, L.S.; Paixão, H.H.; Perini, E.; Prescrição de medicamentos de uso sistêmico por cirurgiões-dentistas, clínicos gerais. *Revista de Saúde Pública*, 33 (3): 287, 294, 1999.
15. Cosendey, M.A.; Análise da implantação do programa farmácia básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2000.
16. DATASUS <<http://www.datasus.gov.br/cgi/BD2000/d11.htm>>, acessada em 18/09/2001.
17. Doulgas, R.M.; Chalker, E.B.; Treacy, B. Vitamin C for preventing and treating the common cold (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 1997.
18. ENSP/EAD. Curso de Autogestão em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) em CD-ROM, 2001.
19. Gershoff, S.N.; Vitamin C (ascorbic acid): new roles, new requirements?. *Nutr. Rev.* 53: 313, 326, 1993.
20. Hemila, H.; Vitamin C and the Common Cold; *Br J Nutr*; 67:3-16, 1992.
21. Luiza, V.L.; Gonçalves, C.B.C. A prescrição medicamentosa. In: *Farmacologia Clínica- Fundamentos da Terapêutica Racional*, FUCHS, FD; WANNMACHER, L. (org.), 2ª Edição, Editora Guanabara Koogan SA, Rio de Janeiro, 2004.
22. Luiza, V.L. Acesso a Medicamentos Essenciais no Estado do Rio de Janeiro. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.
23. Marcondes, N.S.P. A Assistência Farmacêutica Básica e o Uso de Medicamentos na Zona Urbana do Município de Ponta Grossa, Paraná: estudo de caso. Tese de Mestrado, 2002.
24. Marin, N.; Luiza, V.L.; Osorio-de-Castro, C.G.S. & Machado-dos-Santos, S. (orgs). *Assistência Farmac. para Gerentes Municipais*, RJ: OPAS/OMS, 2003.
25. MSH (Management Science for Health). *Managing for Rational Drug Use*. In: *Managing Drug Supply, The Selection, Procurement, Distribution and Use of Pharmaceuticals*, pp.421-429, Connecticut: Kumarian Press, 1997.
26. MSH (Management Science for Health), University Research Corporation / OPAS (Organización Panamericana de la Salud), 1995. *Evaluación Rápida del Manejo de Productos Farmacéuticos: un Enfoque a Base de Indicadores*.
27. MSH/RPMP (Management Sciences for Health/ Rational Pharmaceutical Management Project). Arlington: Rapid pharmaceutical management assessment: an indicator-based approach. USA, 1995.
28. Osorio de Castro, C.G.S.; Mosegui, G.B.G.; Peixoto, M.A.P.; Castilho, S.R. & Luiza, V.L. *Estudos de Utilização de Medicamentos: Noções Básicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
29. Pacheco, F.; Aguiar, M.G.G.; Queiroz, A.M. Diagnóstico da Assistência Farmacêutica no Estado da Bahia. Salvador: SESAB, CEAF, UFBA, ISC, 1998.
30. Pechansky, R. & Thomas, J. The concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19 (2): 127-140, 1981.
31. Tavares, L.R. Epidemiologia da insuficiência cardíaca aguda em Niterói – Projeto Epica-Niterói. Monografia de Especialização. Universidade Federal Fluminense: Niterói, 2001.
32. WHO (World Health Organization) & MSH (Management Science for Health). *How to Investigate Drug Use in Health Facilities. Selected Drug Use Indicators*. Geneva: WHO, 1993.
33. WHO (World Health Organization). *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification Index – Including Defined Daily Doses (DDDs) for Plain Substances*. Oslo: WHO, 1993.
34. WHO-MSH (World Health Organization-Management Sciences for Health). *Defining and Measuring Access To Essential Drugs, Vaccines, and Health Commodities. Report of the Consultative Meeting, Ferney-Voltaire, France, 11-13 December 2000*. Em 23 de Janeiro de 2003. www.msh.org/seam, 2000.

QUADRO 3
Indicadores de Prescrição, Atenção ao Paciente, Organização dos Serviços e Aspectos Demográficos e Epidemiológicos da População Adstrita e Caracterização de Clientela

Aspecto avaliado	Indicadores	Resultado	Padrão
A. Indicadores de prescrição	A.1 – Média do número de medicamentos por consulta	2,2	2 -3 ¹
	A.2 - Percentagem de medicamentos prescrito pelo nome genérico	74%	100% ²
	A.3 - Percentagem de receitas com um antibiótico prescrito	20%	20% ³
	A.4 - Percentagem dos medicamentos prescritos presentes na RME	86%	90% ³
	A.5 – Percentagem das receitas que possuíam identificação (carimbo) do prescritor	26%	100% ⁴
	A.6 – Percentagem das receitas que possuía pelo menos um medicamento sem indicação de posologia	12%	0% ⁴
B. Indicadores de atenção ao paciente	B.1 – Média do tempo de consulta	14,5 minutos	17 minutos / paciente ⁵
	B.2 – Média do tempo de fila	3,0 minutos	-
	B.3 – Média do tempo de dispensação	1,5 minutos	-
	B.4 - Percentagem de pacientes abordados que tinham uma prescrição	72%	-
	B.5 - Percentagem de pacientes que sabiam a posologia	70%	-
	B.6 - Percentagem de medicamentos realmente dispensados	65%	95% ⁶
C. Indicador de organização do serviço	C.1 - Existência de estrutura para Assistência Farmacêutica (AF) no organograma da UBS	Não há estrutura para AF no organograma da Unidade	Sim
	C.2 - Total de consultas ambulatoriais realizadas no período de Janeiro a Junho de 2002	13.253 ⁶	
	C.3 – Disponibilidade de cópias de uma RME nas salas de atendimento	33%	100%
	C.4 – Percentagem de fármacos na RME presentes na RENAME	62%	100%
	C.5 – Percentagem de apresentações na RME presentes na RENAME	57%	100%
	C.6 – Percentagem de associações na RME presentes na RENAME	64%	100%
	C.7 – Existência de orçamento definido para aquisição de medicamentos	Não existe orçamento definido para aquisição de medicamentos; ele está inserido na compra do material de consumo	-
	C.8 - Percentual BPE atendidas na área de armazenagem no Almoxarifado de medicamentos	56%	100% ¹
	C.9 - Média mensal de dias de estoque zerado para um conjunto de medicamentos traçadores	4,4 dias	0 dias
D. Aspectos demográficos e epidemiológicos da população Adstrita e caracterização de clientela	D.1 – População	32.759 habitantes	-
	D.2 – Percentual de Hipertensos que fazem tratamento farmacológico inscritos no Programa de Hipertensão	29%	-
	D.3 – Percentual de hipertensos com indicação de tratamento farmacológico inscritos no programa de fornecimento de medicamentos	83%	-
	D.4 - Percentual de Diabéticos que fazem tratamento farmacológico inscritos no Programa de Diabetes	63%	-
	D.5 – Percentual de Diabéticos com indicação de tratamento farmacológico inscritos no programa de fornecimento de medicamentos	38%	-
1 - Cosendey, 2000 2 – Brasil, 1999 3 – MSH/RPMP, 1995 4 – Brasil, 1973 5 – ENSP/EAD, 2001 6 - Número de atendimentos com horas trabalhadas 7 - No dia da coleta deste dado, as salas encontravam-se trancadas e foi possível verificar uma cópia da RME somente na entrada do Módulo da Mulher			